Zwei Fälle von alkoholischer Pseudo-Paralyse.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen medizinischen Fakultät d. Universität Marburg

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

vorgelegt von

Werner Maßmann
approb. Arzt, aus Mohrungen (Ostpr.).

MARBURG
Buchdruckerei von Joh. Hamel
1916

Angenommen von der medizinischen Fakultät Marburg
den 2. Februar 1916.

Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät.

Referent: Geheimrat Professor Dr. Tuczek.

In Dankbarkeit meiner Mutter
und den Schwestern meines Vaters gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556035_0117

Auf dem Boden von chronischem, starkem Alkoholismus können sich gelegentlich neben psychischen Erscheinungen eine Reihe körperlicher Störungen einstellen, wie Ataxie, paralytiforme Anfälle, Dekubitus, Störungen der Pupillen- und Sehnen-Reflexe, der Sprache und Sensibilität, welche u. U. die Erkrankung dieser Patienten an progressiver Paralyse vorzutäuschen vermögen.

Selbst die Vergesellschaftung dieser somatischen Veränderungen mit Korsakowscher Psychose und Eifersuchtsideen kann die alleinige alkoholische Aetiologie der Erkrankung so vollkommen unwahrscheinlich machen, daß der chronische Alkoholismus nur als Begleiterscheinung gewertet wird, um so mehr, als sich Paralytiker im Beginn ihrer Erkrankung gern schweren alkoholischen Exzessen hingeben. Treten dazu noch psychische Symptome, wie Stumpfheit, Urteils- und Gedächtnisschwäche, so kann das bloße Zustandsbild des Patienten zunächst eine sichere Unterscheidung seiner Erkrankung von progressiver Paralyse unmöglich machen. Nach P. Schroeder wird diese Schwierigkeit schon durch die Bezeichnung dieses Zustandes als „alkoholische Pseudoparalyse" ausgedrückt, die von vornherein eine provisorische gewesen ist und mit der Vertiefung unserer Kenntnis beider Krankheiten verschwinden wird.

Schon die Erweiterung unserer klinischen und pathologischen Kenntnis der progressiven Paralyse und die Abgrenzung der polyneuritischen Psychose durch Korsakow hat der Frage des Zusammenhanges zwischen Paralyse und Alkoholismus Klärung verschafft und unsere Diagnostik in dieser Hinsicht gefördert.

Die Schwierigkeiten dieser Scheidung erhellen am besten die innigen, schwer zu übersehenden Wechselbeziehungen zwischen Trunksucht und Paralyse. Denn Alkoholismus kann u. U. eine Zeitlang eine progressive Paralyse vortäuschen, er kann eine solche komplizieren und sogar das Symptom der Paralyse sein.

Die Noxe, welche letzten Endes der Erkrankung an alkoholischer Pseudoparalyse zugrunde liegt, ist noch strittig. Man hat behauptet: Der im Blute kreisende Alkohol rufe die Veränderungen des Nervensystems hervor. So, wie Bonhoefer vom Del. tremens glaubt, es bilde sich irgendwo durch die chronische Schädigung des Gewebes des Verdauungstraktus im Körper ein Gift, das bei sonst normaler Funktion durch die Lungen zur Ausscheidung komme, nun aber durch Störungen des Atmungsapparates an der Ausscheidung verhindert wird und Intoxikationserscheinungen hervorruft, ebenso werden wir auch bei den chronischen Alkoholpsychosen, besonders der alkoholischen Pseudoparalyse, ein ähnliches unbekanntes Zwischenglied zwischen Alkoholmißbrauch und der Erkrankung annehmen dürfen.

Andere Autoren heben hervor: Der Organismus und das Gehirn seien keine chemische Retorte, in welchen auf Einführung bestimmter Stoffe, bestimmte, von vornherein bekannte Reaktionen erfolgen, und glauben mehr an „innere Ursachen", Disposition und „ätiologische Momente". Vielleicht sind Störungen innersekretorischer Drüsen wie Leber, Pankreas u. a. mit im Spiel. Man weiß jedenfalls um die letzte Ursache der Alkoholpsychosen noch nichts.

Desto bekannter ist dafür der Sitz der Erkrankung.

Früher wurde er ausschließlich ins Rückenmark verlegt.

Dann fand man, daß der Alkohol, wie auch andere Gifte, eine besondere Affinität zu den peripheren Nerven

hat und stellte eine periphere Lokalisation der nervösen Symptome fest. Denn die relativ baldige und vollkommene Rückbildung der schweren Krankheitssymptome schienen gegen eine tiefer greifende zentrale Affektion zu sprechen und auf die regenerationsfähigen peripheren Nerven hinzuweisen. Nach Schröder kommen auch, sehr häufig beim Ergotismus und bei der Pellagra, seltener beim Alkoholismus, noch hinzu: Degenerationen in den Hinter- und Seitensträngen des Rückenmarks, am Gehirn Markscheidenzerfall, Nervenfaserschwund, Atrophien, Wucherungen des Stützgewebes, Verdickungen der Hirnhäute und miliare Blutungen, während echt entzündliche Vorgänge nicht vorhanden zu sein scheinen. Doch sind stets Gefäßwandveränderungen da.

Man geht wohl nicht fehl in der Annahme, daß diese seltenen Fälle mit schweren Degenerationen im Nervensystem diejenigen sind, die auch schwere psychische Ausfallserscheinungen bieten werden. Dann haben wir es also mit einer organischen Erkrankung und nicht, wie man früher glaubte, mit einer funktionellen zu tun. Ebenso kennzeichnen diese Veränderungen die Schwere der Erkrankung und erklären die Mannigfaltigkeit der Symptome, welche das Bild der alkoholischen Pseudoparalyse ausmachen und ihre diagnostische Abgrenzung von der Paralyse so erschwerten.

Diese Symptome werden von Bonhoeffer in folgender Weise geschildert: „Die Kranken sind stumpf, gleichgültig, ohne Interesse und Arbeitslust. Eine träge Euphorie kennzeichnet ihre Stimmung. Das Gedächtnis ist lückenhaft, die Merkfähigkeit herabgesetzt, aber ausreichend zum Situationsverständnis. Innerhalb des nächsten Interessenkreises tritt die Gedächtnisschwäche oft kaum hervor.“ Die Kranken erscheinen älter als sie sind, schmieren und stolpern beim Sprechen, haben Erscheinungen der chronischen Al-

kohol-Intoxikation an den vegetativen Organen, haben Störungen des Projektionssystems, der Reflexe und Sensibilität, ihre Nervenstämme sind druckempfindlich, sie haben Tremor und sind ungeschickt. Differentiell „ist weder das Fehlen der Patellarreflexe, noch die fehlende Lichtreaktion sicher zu verwerten." Er unterscheidet bei der Erkrankung zwischen einer echten, manischen Form, wobei der starke Alkoholismus in die letzte Zeit fällt, und Defektzuständen nach einer Korsakowschen Psychose.

Nach Kräpelin ist die alkoholische Pseudoparalyse gekennzeichnet durch Ataxie, Sprachstörung, Lähmungen, Pupillenstörungen, Anfälle und Tremor, zu denen sich Gedächtnisschwäche und blühender Größenwahn gesellen. „Es handelt sich dabei wohl meist um Formen, die der Korsakowschen Psychose angehören." Von der Paralyse unterscheiden sie sich durch das Vorherrschen der neuritischen Erscheinungen, die starke Merkschwäche, durch die größere geistige Regsamkeit, die Entstehung und den Verlauf. Sind arteriosklerotische Gefäßerkrankungen vorhanden, so gesellen sich zu jenen Symptomen die Zeichen von Hirnherden und auf psychischem Gebiete zu der humoristischen Stimmung des Trinkers Gedächtnisabnahme und Merkschwäche. Sind luetische Gefäßerkrankungen da, so können Gehörstäuschungen, unsinnige Verfolgungs- und Größenideen, Pupillen-, Sprach- und Schriftstörungen und apoplektiforme Anfälle auftreten. „Der zytologische Befund und die Komplementablenkung im Blut wird hier auf das Bestehen der Lues hinweisen, während das Bestehen von Sinnestäuschungen und die serologische Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit Anhaltspunkte für die Ausschließung der Paralyse liefern kann."

Bis jedoch eine solche serologische Untersuchung stattfinden kann, ist manchmal die Stellung einer sicheren

Diagnose fast unmöglich. Auch in der Lauenburger Provinzial-Heil-Anstalt, in der diese Arbeit geschrieben ist, kamen 2 Fälle von alkoholischer Pseudoparalyse zur Beobachtung, die vollständig als Paralyse imponierten, bis der Blut- und Liquorbefund und der Verlauf der Psychose eine richtige Deutung zuließen.

Der erste Fall, der am 30. Mai 1912 zur Aufnahme gelangte, betraf den 43 Jahre alten Lehrer Otto B., der hereditär nicht belastet war.

Pat. war als Schüler schnell fassend und ehrgeizig. In seinem 23. Lebensjahr (1892) acquirierte er gelegentlich einer militärischen Uebung die Lues, die mit 2 Schmierkuren behandelt wurde. Sekundärerscheinungen will Patient nie gehabt haben. 1896 heiratete er. Seine Frau soll gesund sein, hatte nie Fehlgeburten. Seine 7 Kinder sind gesund, geistig und körperlich normal. Seit er seine Frau, die Nichte eines Gastwirts, kennen lernte, begann er stärker zu trinken, und ist seit 1903 als starker Potator zu bezeichnen.

Anfang 1911 hatte Patient „Bewegungsstörungen in den Beinen und Schwäche". Er hatte auch das Gefühl, als träte er anderen, mit denen er zusammen saß, auf die Füße. Ebenso ließen seine geistigen Kräfte nach, was sich jedoch auf ärztliche Behandlung hin besserte, bis vor einem halben Jahre eine solche Gedächtnisschwäche eintrat, daß Patient den Lehrstoff der Schule vergaß, wenn er auch in höchst mangelhafter Weise weiter unterrichtete. Sein Schlaf wurde unruhiger. Er hörte Stimmen, hatte Angst, ihm war, als seien ihm Haare im Munde. Er war sehr aufgeregt, ging aus dem Hause, um Händel anzufangen und verlangte ein Messer zum Schlachten. Vor kurzer Zeit soll vorübergehend Doppelsehen bestanden haben. Am 27. Mai morgens ein Krampfanfall (Näheres nicht bekannt). In der folgenden Nacht erneuter stärkerer Anfall mit anschließen-

der tobsüchtiger Erregung. Am 29. sah er auf dem Wege zum Krankenhause, wo übrigens seine Aufnahme verweigert wurde, Pferde und bespannte Wagen, in denen Personen saßen, den Weg kreuzen. Auch sah er, wie Fäden, die er sich aus dem Munde zog, um damit zu spielen, sich in Blutkügelchen verwandelten und dann verschwanden. Gestern, am 29. 5., legte er sie auf einen Bogen Papier und sah Flammen daraus emporsteigen. Wenn er das Ohr auf die Seite neigt, hört er einen 4-stimmigen Chor. Mit dem anderen Ohr vernimmt er gleichzeitig einen Chorgesang, der bei den Schienenstößen deutlicher wurde. Bei der Aufnahme hört er ein Geldstück zu Boden fallen und bückt sich nach einem schwarzen Fleck auf der Erde und glaubt, das Geldstück aufzuheben. Geruchs- und Geschmackstäuschungen hat er nicht. Ebenso keine Situationsverkennung. Er ist ruhig, euphorisch, erzählt, er sei krank und habe Schmerzen in den Beinen. Er ist örtlich orientiert und bereit, sich behandeln zu lassen. Abends gibt er an: hier sei er seit gestern im Stolper Krankenhause, es sei der 2. Juni oder Mai, er habe nachts nicht schlafen können; Patient weiß nicht im geringsten die Tageszeit und nennt Referent „Herr Kreisarzt". Er sah auf dem Dache des gegenüberliegenden Hauses Jungen, die die Luke ausheben wollten.

Nachts hörte er draußen rufen und stundenlang singen: „Ach du lieber Augustin". Er schlief wenig und saß im Bett. Diarrhoe.

Status psychicus: am 31. 5. 12.

Personalien, Wochentag, Tageszeit richtig.

Datum? „8. Mai 1912."

Wie lange hier? „3 Tage."

Wo? „Stolp."

Wer ich: „Herr Oberarzt."

Was fehlt den anderen im Saal? „Das sind ja wohl so allgemeine Körperschwächen. Und dann habe ich bemerkt, daß ein paar furchtbare Onanie betrieben."

Sonst etwas aufgefallen? „Nein. Sie sehen ja alle furchtbar blaß oder bleich aus."

Warum sind Sie hier? „Zur Erholung, ich habe immer Reißen in den Beinen und dachte, es würde das Baden dafür helfen."

Wann begann das? „Das ist nun schon über 'n Jahr her. Es war inzwischen vergangen, hat sich aber wieder gefunden."

Wann zuerst Stimmen? „Das hab ich lange Zeit gehabt. Das hat sich aber verloren."

Wie war's? „Es war zuerst ein Sausen und dann ein heller Klang hinterher. Das dauerte ein Weilchen, bis es verklungen war."

Hörten Sie auch Melodien? „Ja, das ist mit diesem Klingen verbunden gewesen. Ich wollte diesen Gedanken abwehren. Sowie ich aber die Augen schloß, waren sie wieder da."

Auch Worte? „Nein, aber die Melodie deutlich."

Gestalten gesehen? „Manchmal ja. Wenn ich z. B. an liebe Verstorbene dachte, so sind sie vor mir erschienen. Aber wenn ich die Augen aufmachte, sah ich nichts."

Angst? „Ja, wenn ich mich nachts auf einem hohen Berge wähnte, und hinabstürzte."

Patient gibt weiter an, daß sein Gedächtnis dasselbe geblieben sei, vergißt aber nach 5 Minuten die Zahl 7593 („7936 — 7963"). Doch gibt er zu, daß seine Arbeitskraft in letzter Zeit nachließ. Er hat auch schon vergessen, daß er tags vorher vor seiner Aufnahme erst nach der Stadt zum Arzt mußte, da er keine Papiere hatte. Er läßt sich keine Sinnestäuschungen suggerieren, auch nicht am Telefon. Bilder werden richtig erkannt und kombiniert. Beim Lesen

macht Patient zahlreiche Fehler, die trotz sinnentstellender Wirkung nicht verbessert werden. Nach kurzer Zeit hat Patient Flimmern vor den Augen.

31. V. Sinnestäuschungen werden negiert. Stimmung euphorisch. Will hier seit 4—5 Tagen im Stolper Krankenhause sein. Patient erhält abends protrahierte Bäder, schläft danach von 1 Uhr nachts an.

Status somaticus.

Patient ist mittelgroß, gut genährt, Gesicht gedunsen, zyanotisch, Haupthaar dicht, Ohrläppchen angewachsen. An den Konjunctivae leichter Ikterus, Augenbewegungen frei, Pupillen zentriert, rund, gleichweit. Reaktion auf Licht beiderseits träge, auf Convergenz +. Die Zunge zittert beim Vorstrecken feinschlägig. Rachen o. B. Die Sprache ist leicht schleppend, bei Paradigmen zeigt sie Schmieren, Logoklonie und Silbenstolpern. Dabei bewegt sich die mimische Muskulatur mit.

Lungen- und Herzbefund normal. Der Puls ist sehr beschleunigt: 120 in der Minute. Die Arterie weich. Die Leber schneidet den Rippenbogen 1 Querfinger innerhalb der Medioklavikularlinie. Abdomen o. B. Keine Bubonen, Bauchdecken-Reflex +, Dermographie —. Urin o. B. Sensibilität ohne größere Störung. Jedoch werden an beiden Beinen Berührungen mit Nadelknopf und -spitze nicht unterschieden. Ischiadicus und Peronäus sind auf Druck schmerzhaft, ebenso die Tibia, die kleine Exostosen zeigt.

An den Händen Tremor. Intendierte Bewegungen werden ungeschickt, doch richtig ausgeführt. Beim Stehen mit geschlossenen Füßen tritt schon bei offenen Augen leichtes Schwanken ein. Der Gang ist breitbeinig, ataktisch, die Kniereflexe leicht gesteigert. Keine Druckvisionen.

1. 4. Patient leugnet Halluzinationen, und läst sich auch keine suggerieren. Er weiß ungefähr, wie spät es ist. Bei der Visite läßt er ungeniert geräuschvolle flatus.

2. 6. Der Schlaf tritt spät ein, ist wenig tief und unterbrochen. Patient klagt, die Beine seien wie gekocht und schmerzten bei Berührung.

3. 6. Patient ist örtlich und zeitlich orientiert, euphorisch aber stumpf.

11. 6. Patient klagt über nächtliche, ruckartige Schmerzen in den Beinen. Der Schlaf ist noch unterbrochen, Patient ist heiter, humoristisch, drängt nicht nach Hause, liest viel historische Romane (mit Verständnis?).

30. 6. Patient fühlt sich besser, ist heiter. Es gefällt ihm in der Anstalt.

5. 7. Liquor-Entnahme. Aussehen klar, Druck gering gesteigert (im Sitzen 24). Niszl auch etwas erhöht (4—6 Teilstriche).

Nonne-Apelt: keine Spur von Opaleszenz. W. R. im liquor 0.2—0.5 negativ, im Blut auch negativ. Stern jedoch +.

20. 7. Geht täglich in den Garten, ist völlig geordnet, ruhig, freundlich.

30. 8. Er beschäftigt sich fleißig in der Gärtnerei.

8. 10. Patient äußert, wenn man ihn jetzt entließe, werde er nicht abstinent bleiben können.

16. 10. Patient erhält Besuch von seiner Frau. Er zeigt Interesse für die häuslichen Verhältnisse, spricht aber nicht von der Entlassung.

17. 11. Immer fleißig. Noch recht stumpf. Will am 1. 12. nach Hause, ohne irgend welche Schritte zur Ordnung seiner Verhältnisse zu tun.

15. 12. Patient hat keine Schmerzen mehr in den Beinen. Die Sprache ist frei. Kein Tremor. Die Sensibilität und Motilität o. B., jede Bewegung exakt und geschickt. Die Reflexe an den Beinen sind normal. Kein Romberg. Gesicht noch leicht gedunsen, aber Urin und

Herz o. B. Patient hat kein Krankheitsgefühl, keine Initiative, ist den Aerzten gegenüber zurückhaltend.

1913. 10. 1. Patient wird allmählig freier, gibt zu, bis Weihnachten etwas gehemmt gewesen zu sein. Schreibt vernünftige Briefe, ist fleißig. Für eine Aufführung schreibt er Rollen ab und übt den Pflegern Chorgesänge ein, indem er ihnen die Singstimmen auf der Geige vorspielt.

20. 1. Geordnet, fleißig, freundlich, gefällig, mißbraucht nie seinen freien Ausgang. Sagt vom Alkohol: „Diesen Teufel habe ich überwunden."

1. 3. Patient hat Sehnsucht nach Frau und Kindern und wird am 12. 3. entlassen.

Besprechung von Fall I.

Ein 43 Jahre alter Volksschullehrer, der erblich nicht belastet ist, vor 20 Jahren Lues durchgemacht hat und seit 10 Jahren stark trinkt, erkrankt ein Jahr vor seiner Aufnahme in die Anstalt an Bewegungsstörungen in den Beinen und Schwäche, und an Gedächtnisschwund. Nach vorübergehender Besserung trat vor einem halben Jahr Verschlimmerung mit zeitweisem Doppelsehen und Krämpfen ein, die als paralytiforme hätten gelten können. Dazu kommen noch eine sehr geringgradige Angst, schlechter Schlaf und Aufregungszustände, die mit Gesichts- und Gefühlshalluzinationen einhergehen und einen deliranten Charakter zu haben scheinen.

Diese Anamnese ist beinahe typisch für einen Paralytiker, der stark getrunken hat: völliger Gedächtnisschwund, taboparalytische Erscheinungen an den Beinen, Doppelsehen und Anfälle. Und selbst die deliranten Symptome brauchen nicht bezüglich der Diagnose: Paralysis progressiva stutzig zu machen. Denn sie sind im Krankheitsbeginn paralytischer Trinker nicht selten, waren bei der Aufnahme nur noch ganz vereinzelt da und wurden schon einen Tag nach

der Aufnahme negiert, ließen sich auch nicht mehr suggerieren.

Viel auffallender dagegen waren die geistige und gemütliche Abstumpfung mit bloder Euphorie, die Gedächtnisschwäche und die stark ausgesprochenen neurologischen Symptome, wie träge Lichtreaktion, Schmieren, Stolpern, Logoklonie unter Mitbewegung der mimischen Muskulatur, gesteigerte Kniereflexe, starke Ataxie beim Gehen und sehr starker Romberg und Tremor.

Diese Symptome im Verein mit der vor 20 Jahren erworbenen Lues mußten die Annahme einer progressiven Paralyse bei dem Patienten nahe legen. Denn die einzigen Momente, die dagegen sprachen, waren entweder von mehr untergeordneter symptomatologischer Bedeutung (schlechter Schlaf, nächtliche Angst beim Traum vom Fall vom Turm), oder sie konnten auch in einer anderen Weise erklärt werden, die den Alkoholismus mehr als begleitendes und auslösendes oder komplizierendes zufälliges Symptom ansah, das die Paralyse wenn nicht bestätigte, so doch zum mindesten nicht ausschloß (Neuritis, Merkschwäche, humoristische Stimmung und Pulsbeschleunigung).

Hier konnten erst die serologische Untersuchung und der Verlauf eine diagnostische Unterscheidung ermöglichen. Die Blutuntersuchung ergab nach der Sternschen Modifikation der Wassermannschen Reaktion eine vorhandene Lues. Auch der Nißl (4—6 Teilstriche) war etwas erhöht. Dagegen war beim Nonne-Apelt keine Spur von Opaleszenz zu sehen. Und wenn noch ein Zweifel an der Diagnose alkoholische Pseudoparalyse bestand, so wurde er durch den Verlauf des Leidens beseitigt, das sich unter Alkoholabstinenz von 10monatlicher Dauer soweit besserte, daß Patient nach Ablauf dieser Zeit als so gut wie geheilt entlassen werden konnte. Ohne den serologischen Befund

jedoch hätten wir auch jetzt nach 2 Jahren kaum eine sichere Diagnose zwischen Paralyse und Pseudoparalyse stellen können, da man im Beginn einer progressiven Paralyse auch mit weitgehendsten Remissionen rechnen muß.

Der zweite Fall betrifft den 34jährigen Drogisten Hugo G. aus S., der am 6. 2. 12 hier eingeliefert wurde, erblich nicht belastet ist, dessen 2 Brüder jedoch auch Potatoren sein sollen.

Patient lernte in der Volksschule sehr gut, war lebhaft und wurde Drogist. Er soll „von jeher" getrunken haben. Bei seiner Heirat vor 9 Jahren soll er wegen Zitterns der Hand die Eheschließungsakte nicht haben unterschreiben können. Bei der anschließenden Feier hat er für seine Verhältnisse wohl zu wenig getrunken, und bekam morgens um 3 Uhr nach Aussage der Verwandten einen Krampfanfall, der mit Zungenbiß einherging und etwa eine Stunde dauerte. Seit 8 Jahren soll Patient neben anderem reinen Spiritus, Morphium, Opium, Aether (200 gr pro Tag) und auch Kümmelöl zu sich genommen haben. Vor einem Jahre wurde ihm nach 8jähriger Ehe ein Sohn geboren, nachdem vorher ein unverheirateter Rektor bei ihm gewohnt hatte. Patient beschuldigte seine Frau des Ehebruchs und auch die Leute in S. nahmen nach Angabe eines Bruders des Patienten einen Ehebruch an. Seine jetzige Krankheit begann allmählich. Er wurde erregt, tobte auf der Straße, war eifersüchtig, bedrohte Frau und Kind, zerschlug eine 10-Liter-Korbflasche am Kopf seiner Frau. Da er alles Essen erbrach, glaubte er vergiftet zu sein. Im September 1911 verließ ihn seine Frau, mit der er jetzt in Scheidung liegt. Patient trank viel, aß wenig, „erzählte" viel von seinem Geschäft, das in Konkurs war, konnte nicht schlafen, auch nicht nach Schlafmitteln und wurde auf die Herreise durch ein von einem Arzte verordnetes Pulver vorbereitet. Er ist bei der Aufnahme benommen, läßt sich ruhig ins

Bett bringen, wo er ratlos umherkramt, kennt die Pfleger nicht, hält den Stationssaal für ein Verbandzimmer; der Pfleger sei auch zum Verbinden da. Das wäre die Folge der großen Benzinexplosion von gestern, bei der sein Haus und sein halber Heimatsort abgebrannt seien. Er leugnet Sinnestäuschungen, liest auch nichts vom leeren Blatt ab. Jedoch sieht er bei Druck auf die Augen einen kleinen Jungen. Er läßt sich einreden, daß auch ein Hund dabei sei. (Was tut der?) „Der frißt aus der Hand."

7. 2. Patient ist nachts recht unruhig gewesen. Schwatzt unaufhörlich in ideenflüchtiger Weise, erzählt von seinen 21,2 (sprich: einundzwanzig Komma zwei) Kindern, verwechselt sein Alter und Geburtsdatum, will hier in Polzin sein, weiß das Datum nicht, aber wohl, daß er gestern hergekommen ist. Nach Stimmen befragt, geht er darauf nicht ein, halluziniert aber offenbar lebhaft.

8. 2. Liepmann negativ. Patient läßt sich heute und auch ferner nichts suggerieren.

Status somaticus.

Patient ist von mittelkräftigem Knochenbau, schlaffer Muskulatur, erheblich zurückgegangenem Fettpolster. Größe: 1,67 m, Gewicht: 55 kg. Herz- und Lungenbefund o. B. Der Puls ist klein, weich, unregelmäßig in Schlagfolge und Stärke. Die Leberdämpfung reicht bis 2 Querfinger vom Nabel. Dermographie und mechanische Muskelerregbarkeit vorhanden. Bizeps- und Trizepsreflex + +. Fingertremor +. Patellarklonus +. Kniephänomen und Achillesreflex + +. Fußklonus, Oppenheim und Babinski —. Romberg negativ, Gang o. B. Keine Druckpunkte. Nadelstiche werden sehr ungenau und unsicher lokalisiert. Tiefe Stiche werden bei abgelenkter Aufmerksamkeit nur am Rumpf, nicht an den Extremitäten empfunden. Die Zunge zittert stark, weicht nach rechts ab, wird zwischen den

Zähnen festgeklemmt, und zeigt eine frische Bißnarbe. Rachenreflex + +.

Die Pupillen sind gleich weit, mittelgroß, nicht verzogen. Lichtreaktion gering, Konvergenzreaktion nicht zu prüfen.

Die Sprache ist „zuweilen" schmierend und bebend.

9. II. Will in Polzin sein, Referent sei Sanitätsrat S. in Polzin. Datum? „Sechs Monat März." Gezeigte Gegenstände bezeichnet er prompt richtig, schweift aber bald ab und spricht ganz verwirrt.

10. 2. Wühlt im Bett, das er nach dem Hinausgehen nicht wiederfindet. Am Tage liegt Patient stumpf da.

Datum? „Na, halb Januar, Februar, halb November."

11. 2. Patient will seit Anfang Dezember hier sein; heute sei Neujahr. Er befinde sich in Schivelbein, läßt sich nicht suggerieren, daß er schon Mittag gegessen hat. Er sei vom 24.—25. Lebensjahr verheiratet, 7 Kinder habe er persönlich gehabt.

12. 2. Hat eingenäßt, findet oft sein Bett nicht, hat endlich behalten, daß er in Lauenburg ist. Doch hält er noch Referent für Sanitätsrat S. Heute sei Pfingsten, seit voriger Woche sei er hier. Zahlen und Worte vergißt er nach 5 Minuten. Fragt affektlos, ob er hier geköpft werden soll.

13. 2. Bezeichnet Referent richtig, sei in Lauenburg und seit dem 5. 3. hier. Heute gehe es ihm besser. Er habe nach einer doppelten Dosis Kalium bioxalicum hydrochloricum immer schlafen müssen. Einen Kranken, der Apothekerlehrling ist, will er als Reisenden anstellen. Pupillen ziemlich weit, Lichtreaktion gering.

15. 2. Patient findet nachts nicht das Klosett. Datum? „Mitte Februar"! Referent: Sanitätsrat S." Hier: „In Lauenburg." Wie lange: „Einige Monate".

Es wird eine Lumbal-Punktion gemacht. Dabei ist Patient ganz unempfindlich. Aussehen des Liquor: klar. Druck im Sitzen 24 cm. Gesamteiweiß 4–5 Teilstriche. Nonne-Apelt; völlig negativ. W R im Blut. 0,1: starke Lösung = ±. 0,5 = —, Stern = —. Liquor: W R: 0,2 = —. 0,5 = starke Lösung = zweifelhaft (bei 2,5 Gesamtvolumen).

16. 2. Patient uriniert nachts in den Pantoffel. Sagt, er wisse nicht, wo er sei. Stimmen und Visionen negiert er.

17. 2. Patient fragt zum ersten Male die Pfleger nach dem Namen. Datum? „9. 3." Hier: „Lauenburg." Wie lange? „Seit Ende Dezember." Ref.? „San.-Rat S. oder L. (richtig).

19. 2. Patient behauptet, die Pfleger beschimpfen ihn. Erzählt recht verwirrt von Kaisers Geburtstag, er habe mit S. M. und der Zarin zusammen gesessen, und $^1/_{10}$ gr einbekommen.

20. 2. Status psychicus. Wie alt sind Sie? „32, 5. 3." Geboren? „5. 3. 78." Datum? „10. 3. 1912." Also doch nicht 32 Jahre alt? „Von 78 bis 1912, 30 nein 32, ich bin schon ganz blödsinnig, 34. I ganz genau, das ist ja garnicht zu verstehen, was die da für Klamauk machen." Wo sind Sie hier? „Lauenburg, wirklich in der Burg, in der Burg der Lauen." Dies Haus? „Rettungsheilanstalt. Soll ein Stift sein. Der Orden soll ja schon angeklebt sein. Außerdem hatte ich den Antrag gestellt, für die Zarin ein Denkmal vor dem Stift zu stellen."

Was haben Sie mit der Zarin zu tun? „Die hat doch bei mir gewohnt in Polzin, so ungeniert. Wie gerne möchte der Zar nach Deutschland." Sind Sie etwas Großes? „Nein, gar nicht." Krank? „Na, so 'n bischen heiser." Im Kopf krank? „Nein, völlig klar." Weshalb kamen Sie denn her? „Ich sollte durchaus einen Kopf kürzer gemacht werden, weil ich das Wort Wronker ge-

sagt habe. Es wurde aber nur bei einer Judenhetze in Polzin benutzt."

Patient sagt auf Befragen, er habe in Polzin die Volksschule besucht, wo man mehr lernte, als heutzutage auf dem Gymnasium. Dann gibt er einen Abriß seines Lebenslaufes, der eine Menge Unrichtigkeiten, Auslassungen, Uebertreibungen und Zusätze enthält und fährt fort: „Voriges Jahr, wie er hierher kam, war ein großer Benzinbrand. Seitdem hatte er eine Benzinvergiftung und sei erst hier richtig zum Bewußtsein gekommen. Die Flammen seien von einer Stadt zur anderen geschlagen."

Wie war Ihre Benzinvergiftung? „Bewußtlos dagelegen, das Bassin auseinandergesägt und in die Fluten gegossen."

Wieviel Kinder haben Sie? „Ich soll 4 haben. Ich habe noch keins gesehen."

Gibt an, seine Frau sei im Dezember ausgerückt (in Wahrheit im September).

13×25? „$13 \times 10 = 130$, dividiert durch $4 = 28^1/_4$".

Was sollen Sie rechnen? „25 : 4".

13×25? „$10 \times 52 = 1000$, dividiert durch $4 = 31^3/_4$".

$16 + 17 = 32$, 33; $24 + 58 = 82$; $117 + 98$? „$6^1/_2$, nicht mehr. Bruchrechnen geht nicht so."

Patient weiß alle deutschen Königreiche, doch nur 3 Großherzogtümer. An welchem Flusse liegt Dresden: „Elbe", Breslau? „Donau", München: „Bayrisch Bier, weiß nicht." Was war 1866: „66, 68, Schlachten." Augenblicklich Krieg? „Tripolis." Wer kämpft da? „Weiß nicht." Unterschied zwischen Füllen und Pony: „Kind und schulpflichtiges Kind." Treppe und Leiter? „Treppe, was man jetzt baut." Vorgezeigte Bilder werden gut erkannt.

22. 2. Patient erzählt, sein Bruder war hier an der Tür, die er an verschiedenen Stellen angebohrt habe. Der Bruder hat solche Krankheit, der muß das tun.

23. 2. Der Rektor Kr. in S. habe einmal neben seiner Frau gesessen und dabei habe membrum eius longissime ex bracis herausgeguckt. Der mußte doch auch etwas mit ihr vorgehabt haben. Woher seien sonst die 2 Kinder, die eben angemeldet seien am 15. 2.?

25. 2. Patient erzählt verwirrt und affektlos, die Pfleger wollten ihn töten. Halluzinationen lassen sich jedoch bei ihm nicht nachweisen.

27. 2. Datum? „5. 3." (Sein Geburtsdatum). Will ¼ Jahr hier sein, Referent sei San.-Rat S. in Polzin. Er will sich einen Samariterwagen mit 2 Trakehnern anschaffen und damit selbst kutschieren.

29. 2. Spontan: „Heute ist Kaisers Geburtstag. Merke das an der Sonne. Rechte Backe. Kann ja nicht durchreiben."

2. 3. Hört nachts seine Frau kommen. Bittet, sie hineinzulassen.

5. 3. Auf die Frage, was Patient immerzu vor sich hin zählt: „Brüderliche Herzenskraft. Ist die geheilt, überzuckert." Wo sind Sie hier? „40 Jahre bin ich hier, morgen werd ich erst 50. — 78, Ihrer Zähne wegen 10 Jahre zurückgerechnet."

11. 3. Schlaf nur mit Narkotizis leidlich. Hier sei er auf seinem Erbgrundstück. Alle Kranken seien seine Untergebenen, die er alle entlassen könne. Referent verleiht er den Titel: Geheimrat aller Geheimräte.

15. 3. Gang „unsicher". Romberg —. Lichtreaktion träge, Sprache schmierend. Ist schwer zu fixieren, schweift sofort ab.

19. 3. Redet viel mit lauter Stimme: „Ich regiere über Helgoland, Oesterreich, Goslar, ihretwegen, rechterseits"

25. 3. Besuch von seiner Frau. Wendet sich gleich ab. „Nun kannst Du ja genug herumhuren."

28. 3. Weiß angeblich nichts mehr vom Besuch der Frau. Hat ein anderes Bett erhalten und findet es manchmal nicht. Weiß die Tageszeit, läßt sich nichts suggerieren. Wo hier? „Bei Stettin, Voltin, Schiffahrt, aqua Satin, matin, morbeil, violeil.“

10. 4. Schlaf trotz Medikamenten schlecht. Haben Sie viel Geld? „Ich, 30 Pfennig in Nickel, vorher 2 Pfennig, Punktum, Maurerpolier, Scharlachrot, Bergamotte.“ Wer ist das (Pfleger)? „Kenne ich nicht, Piphahn, Marzipan, entzweigeschlagen, nannte sich das Größte, 200 000 Mark Umsatz, 20—30 Mark pro Tag . . . . .“

15. 4. Lichtreaktion gering. Kniereflex + +, Achilles − +, Romberg + −, Gang unsicher schwankend. Sprache schmierend.

25. 4. Steht zum ersten Male auf. Wie lange hier? „38 Jahre alt, Ultramarinus, Pompié.“ Wie lange hier? „14 Tage.“ Wo hier? „Pommernbad Polzin, Bütow bei Lauenburg, hier Kreis Lauenburg, Las flammes femininas, stocherte ich in Quillajarinde.“ Patient weiß die Tageszeit.

9. 5. Spontan: „Ich war verheiratet, aber gar nicht so weit, unterwegs, fabelhafterweise, Morphium biotartaricum, Non plus ultra, aqua dest, etc. . . .“

14. 6. Patient schreit manchmal am Tage plötzlich auf.

2. 7. Patient verkennt durchweg die Personen seiner Umgebung.

5. 7. Pupillen ziehen sich auf Licht schnell etwas zusammen, erweitern sich dann aber gleich wieder. Reflexe gesteigert, Paradigmen werden glatt nachgesprochen, Romberg negativ. Keine Bewegungsstörungen.

Liquor-Entnahme: Druck im Sitzen 18, Aussehen klar, Gesamteiweiß nach Niszl 4 Teilstriche, keine Lymphozytose. Nonne-Apelt: negativ. W. R. im Blut negativ. Im Liquor bei 2,5 Gesamtvolumen: 0.2—0,5 negativ.

(Anmerkung: Bei der Untersuchung von Liquor und Blut dieses Patienten machte die Beurteilung des Ausfalles der W. R. insofern Schwierigkeiten, als sowohl im Blutserum, als bei höheren Liquordosen leichte unspezifische Hemmungen auftraten, die durch vergleichende Untersuchungen als solche erkannt wurden, und nach Ablauf der akuten Psychose völlig schwanden. — Vergl. W. Hieronymus.)

23. 7. Hat von vor einigen Tagen zum ersten Male behalten, daß er am 6. 2. hergekommen ist. Beschäftigt sich nicht, hält sich ganz für sich.

2. 8. Patient bittet, einen „vernünftigen Brief" schreiben zu dürfen. Schreibt geordnet.

18. 8. Arbeitet fleißig im Garten.

27. 8. Drängt auf Entlassung. Beim Konkurse müßte reichlich Geld übrig geblieben sein. Wo er hinkomme, werde er mit Freuden aufgenommen.

1. 9. Schreibt einem Bruder, ihm eine Stelle zu besorgen, wo er jährlich 5—7000 Mark zurücklegen könne.

6. 10. Will sich Geld schicken lassen, da er schwarz auf weiß gelesen habe, daß beim Konkurse gut etwas herausgekommen sei.

29. 11. Befragt in Sachen des Ehescheidungsprozesses, meint er, der Konkurs sei eingetreten, als er schon hier war (richtig: 4 Wochen früher). Von der Geburt seines Knaben (23. 2. 11 war es schon) wisse er nichts. Seine Frau hätte nicht so ausgesehen. Hier sei ihm 1 Kind gutgeschrieben. Möglich könne es ja sein. Weiß nicht wann seine Frau von ihm ging (September 1911). Sie sei einmal im Negligee aus dem Zimmer des Rektors gekommen. Will in Schivelbein 3 Monate krank gelegen haben (vor seiner Aufnahme. Richtig: 3 Wochen). Weiß nicht, daß er im Krankenhause war. Glaubt offenbar nicht an den Scheidungsprozeß und überreicht einen Brief, wo er sich

auf das Wiedersehen freut. Redet abschweifend weiter. Vom Konkurse sei ihm gesagt worden. Er weiß nicht, daß er ihn selbst angemeldet hat; daß es schon am 26. Oktober 11 war, ist ihm unerklärlich. Schweift dann ab.

13. 12. Patient werden die Konkursakten vorgelegt. Er hat den Antrag selbst geschrieben, leserlich und ohne erkennbares Zittern. Tags darauf unterschrieb er: „Hango G.“ Weiß nicht, daß ein junger Mann im Geschäft war, der Gehaltsforderungen hatte, trotzdem Name und Forderung in den Akten stehen. Kann sich absolut nicht im geringsten erinnern, was im November und Dezember los war, wo er war, daß er krank war und alles dergl. Weiß sich auch heute nicht zu entsinnen, daß seine Frau geboren hat.

20. 12. 12. Fleißig, verkehrt mit Andern, hält auf sein Aeußeres. Gesichtsausdruck auffallend stumpf und leer.

1913. 2. 5. Schreibt noch immer an seine Frau, obwohl er nie Antwort erhält.

4. 6. Erhält die Nachricht der gerichtlichen Scheidung, das Kind sei seiner Frau zugesprochen. Er geht wie gewöhnlich zur Arbeit. Bei der Nachricht keine Zeichen der Niedergeschlagenheit oder Erregung.

18. 7. Drängt oft auf Entlassung, läßt sich leicht davon abbringen.

29. 8. Tanzt sehr flott beim Erntefest.

1914 [illegible] 4. 14. Patient ist mittelgroß, kräftig, von blühender Gesichtsfarbe, hält auf sein Aeußeres, ist immer sehr fleißig. Gewicht: 68 kg, Größe 1,67 m. Er ist [illegible] sehr gefällig, macht anfangs einen „ernsten, dann [illegible] doch einen mehr stumpfen“ Eindruck, und ist bei Fragen nach seiner Vergangenheit etwas rührselig. Antwortet prompt.

Bei der körperlichen Untersuchung ist Folgendes allein vom Normalen abweichend: Starke Dermo-

graphie, gesteigerter Konjunktivalreflex; Patellar- und Plantarreflex stark gesteigert. Die Zunge wird zitternd aber gerade herausgestreckt, zeigt alte Bißnarben. Kurz kehrt mit geschlossenen Augen: geringes Schwanken.

Status psychicus: Weshalb geschieden? „Wegen ehelicher Zwistigkeiten." War Ihre Ehe nicht glücklich? „Anfangs sehr glücklich. Später wurde ich etwas mürrisch." Weshalb? „Wegen der Vorhaltungen, daß ich so trinke." Frau untreu? „Untreu, na, untreu, nie, nein, aber ich hatte mir eingebildet, weil das Kind so spät kam — — — ich hatte einen Pensionär, sie war so redselig. Ich hatte im Geschäft wenig zu tun und wurde deshalb wenig von ihr geachtet. Sie hatte auch so viel mit Pensionären zu tun." Als Kind schreckhaft? „Ja." Wie denn? „Ich durfte nie große Aufregungen haben."

Patient weiß sehr genau jede Phase seines Lebens nach Tag und Monat anzugeben. Das soll er durch Fragen erfahren und sich dann gemerkt haben. Nur der Konkurs soll im Dezember 1911 gewesen sein, und das Delirium hätte er, „ungefähr 3 Jahre" bevor er hergekommen sei (richtig 4 Jahre). An dieses glaubt er nicht: „Es war nur die Wirkung des Alkohols und der Mittel, die ich gegen Kopfschmerzen nahm. Herr Dr. M. in Schivelbein brauchte dieses — ekelhafte Wort nur, um mich zurückzuschrecken und zu bessern."

Na, was fehlte Ihnen denn? „Na, was fehlte (lächelt), nervöse . . . und . . . Herzklopfen. Ich habe auch schon beim Militär 1904 nervöse Herztätigkeit gehabt." Jetzt auch noch? „Nein, ich bin eigentlich noch nie so gesund gesund gewesen."

Ueber seine Krankheit gibt Patient sehr ausweichende Antwort. Er schämt sich ihrer sehr. Früher Krämpfe? „Nein." Bestimmt nicht? „Nein." Es steht doch aber in

Ihren Akten, daß Sie bei der Hochzeit welche hatten? „Nein! — Ein bischen . . . na, waren das welche? Jawohl!“

Patient sagt, seine Frau sei von ihm fortgegangen, weil er Konkurs ansagen mußte und auch Frau und Kind nicht bei sich behalten konnte.

Will täglich nur ¼ Liter Kognak und 200 gr Aether getrunken haben, und gegen heftige Kopfschmerzen zuletzt Morphium genommen haben, ganz schwache Dosis, 0,03 täglich. Sonst will er nichts genommen haben. Während Patient bisher bei der Prüfung bis auf die angegebenen Unrichtigkeiten eine völlig geordnete Auskunft gibt und ganz normal scheint, kommt bei der Intelligenzprüfung und ganz besonders bei der Auffassungs- und Kombinationsprüfung eine ziemliche Demenz zum Vorschein. 100 — 13 — 13 — 13 — etc.? Richtig. Monatsnamen rückwärts? Richtig. Kennt den Vater unseres Kaisers und seine Regierungszeit, rechnet leichte Aufgaben in Worten und Zahlen richtig. Bismarck? „Gründer des Deutschen Reiches.“ Wann ist Himmelfahrt? „Zwischen Ostern und Pfingsten.“ Weshalb feiern wir Pfingsten? „Einfließung des heiligen Geistes.“ 10 Pfg.-Marke? „Der Adler, die kleine Zehn.“ Unterschlagung und Diebstahl? „Unterschlagung ist dasselbe. — Es ist eine Verheimlichung noch.“ Irrtum und Lüge? „Irren kann sich jeder. Lüge, die kann man entweder mit ruhigem Gewissen aussprechen oder verheimlichen.“ Fluß und Teich? „Fluß fließendes, Teig stehendes Gewässer.“ 6 Worte hat er nach 3 Minuten bis auf 3 vergessen. 6 Zahlen spricht er gut nach; 7 behält er nicht. Wieviel braucht eine Familie zum täglichen Unterhalt? „Wie stark ist dieselbe?“ Eltern und 1 Kind! „8 Mark“ (prompt). Weshalb unterhalte ich mich mit Ihnen? „Um vielleicht zu sehen, wie weit ich mit meiner Krankheit oder Gesundheit bin.“ Wie denken Sie sich Ihre Zukunft? „Ich kann nur im Engrosgeschäft gehen. Zum Detail-

geschäft, zum Anfangen hab ich kein Geld.“ Figurenerkennen nach Heilbronner: Patient erkennt gleich jede 1. Figur der 3 Reihen. Bei der Ergänzung von 15 ausgelassenen Worten und Silben kann Patient zwei Worte nicht ergänzen.

Erklärung einer schlechten, kleinen (6,5×7 cm) Reproduktion von Rethels Bild: „Der Tod als Freund.“ Erklären Sie mir das Bild! „Vielleicht ein alter kranker Mann. Vielleicht die Tochter dazu. Die Tochter hat einen niedergeschlagenen Blick.“ Was tut die stehende Figur? „Sie ist wohl sehr niedergeschlagen darüber.“ Was für ein Zimmer? „Vielleicht ein Krankenzimmer. Taue hängen da runter.“ Suggestivfrage: Wo sitzt die Katze? „Hab ich nicht gesehen.“ Welche Ueberschrift würden Sie dem Bilde geben? „Familienunterhaltung, Unterredung. Ich hab immer gedacht es wäre ein Vexierbild.“

Referent erklärt genau das Bild und wiederholt die Frage. Antwort: „Der Glöckner in Todesgefahr oder der kranke Glöckner. (Pause.) Sie besorgt das Geschäft für ihn. Es ist sonst vielleicht sein Geschäft, aber sie besorgt es.“

Referent erklärt nochmals, daß die stehende Figur den Tod darstelle, der doch immer als Skelett dargestellt werde: „Das ist doch ein Quatschbild. Sowas gibts doch nicht. Ein Sinnbild. Wir haben doch alle zusammen nicht den Tod gesehen.“

Könnte man das Bild betiteln: Der Tod als Freund? „Nein.“ Mitten im Leben vom Tode umgeben? „Nein.“ Hoch vom Turm lautets Sturm? „Ja, das ja, das kann man sich wohl denken.“ Ein ungebetener Gast? „Ja, das ja auch, jedenfalls ist der Alte im Sterben. Rasch tritt der Tod den Menschen an, wollen wir sagen.“

Bei der Nacherzählung der Fabel von der Biene und Taube verkehrt Patient den zweiten Teil der Fabel, den er so darstellt, als hätte die Taube durch ein Geräusch bei

ihrem „Rettungsdienste“ einen Jäger herangelockt, der sie dann erschoß. „So mußte die Taube ihre Rettungsdienste mit dem Leben büßen.“

Assoziationen (ohne Sekundenuhr ausgeführt) werden prompt und ohne auffällige Worte beantwortet.

Bei diesem Fall ist die differentialdiagnostische Abgrenzung der alkoholischen Pseudoparalyse von der progressiven Paralyse und einer rein alkoholischen Psychose wesentlich schwieriger als im ersten Falle.

Es handelt sich um einen 34jährigen Drogisten, der erblich nicht belastet ist, „von jeher“ trinkt, vor 9 Jahren zum ersten Male zwei Krampfanfälle mit Zungenbiß gehabt hat, die sich in den nächsten 4 Jahren wiederholen und nach einem Delirium tremens vor 5 Jahren sistieren. Seit 8 Jahren nimmt Patient neben dem Alkohol auch reinen Spiritus, Aether (200 gr. tägl.), Morphium u. a. zu sich.

Vor etwas mehr als ½ Jahr bekommt Patient Erregungszustände, die heftiger werden und sich besonders gegen seine Frau richten, auf die Patient eifersüchtig (anscheinend mit Recht!) ist, so daß diese ihn im September 1911 verläßt. (1 Monat später meldet Patient den Konkurs seines Geschäftes an.) Allmählich treten Schlaflosigkeit, Apetitmangel und Erbrechen ein.

Bei der Aufnahme am 6. 2. 12 völlige örtliche und zeitliche Desorientiertheit, ratloses Umherkramen im Bett, Verkennen aller Personen seiner Umgebung, welches Symptom noch ein halbes Jahr anhält (2. 7.). Einmal, bei der Aufnahme am 6. 2., werden Druckvisionen erzeugt, sonst jedoch Sinnestäuschungen geleugnet, die offenbar vorhanden sind, und zweimal zum Vorschein kommen (hört Frau und Bruder 22. 2. und 2. 3.). Schlaf (auch noch am 10. 4.) sehr schlecht trotz Schlafmitteln. Bei der psychischen Untersuchung tritt starke Merkschwäche hervor, die auch

schon früher sehr ausgeprägt vorhanden war. Dazu kommt die serologische Blut- und Liquor-Untersuchung, die wegen ihres zweifelhaften Ausfalls diagnostisch gar nicht zu verwerten ist (15. 2.) oder auch als hinweisend auf Paralyse gelten kann. (Vermehrter Eiweißgehalt des Liquors nach Nißl, Unempfindlichkeit des Patienten.) Doch scheint der somatische Befund die Diagnose Paralyse eher zu gefährden, als zu stützen: Gewicht 55 kg., Puls klein, weich, inaequal, unregelmäßig, feinschlägiger Fingertremor, kein Romberg, Gang o. B. Doch fällt es auf, daß die Sprache „zuweilen" schmierend und bebend ist, die Lichtreaktion gering ist und die stark zitternde Zunge nach rechts abweicht und tiefe Nadelstiche an den Extremitäten nicht empfunden werden. Bei solchem Befunde war die Unterscheidung zwischen einer Paralyse und einer Erkrankung auf alkoholischer Basis sehr schwierig, wenn nicht gar unmöglich. Anamnese und die erste Beobachtung schienen auf letztere Erkrankung hinzuweisen, (der Status somatikus und die serologische Untersuchung ließen wohl im Stiche) und die (spätere) weitere Untersuchung und Beobachtung in der ersten Zeit des Hierseins des Patienten schienen auf eine Paralyse hinzudeuten, zumal in dem Status psychikus deutliche Zeichen der Verblödung, bis zur Inkohärenz gesteigerte Ideenflucht und deliriöse Verwirrtheit (Was ist dies für ein Haus? 20. 2.), Größenideen (Zarin), Affektlosigkeit (Weshalb sind Sie hier?), außerordentlicher Gedächtnisausfall (Lebenslauf) und Mangel an Krankheitseinsicht (er sei heiser), mit blöder Euphorie auffallen, ohne daß je ein humoristischer Zug zur Geltung kommt.

Die Zweifel an der Diagnose Paralyse, die noch vorhanden waren, wurden jedoch immer geringer, als nach ein- und zweimonatlicher Abstinenz die körperlichen Symptome bei den Untersuchungen am 15. 3. und 15. 4.

nicht nur keinen Stillstand zeigten, sondern sogar noch Fortschritte aufwiesen. Und die Diagnose erschien fast durch den Verlauf des psychischen Zustandes gesichert. Nie läßt sich Patient etwas suggerieren, monatelang ist er vollkommen verwirrt, er ist ganz stumpf, affektlos, euphorisch und einsichtslos. Er konfabuliert (5. 3.), spielt mit Worten (20. 2. Wo sind Sie hier?), oder gibt stereotype Antworten, perseveriert (klebt am Datum seines Geburtstages: 5. 3.), verleiht Titel (2. 3.) und redet immer und immer wieder ganz sinnloses Zeug. Er kann sich nicht konzentrieren und ist nicht zu fixieren. Sein sinnloses Sprechen (am 5. 3.) erinnert an die katatonische Form der Paralyse.

Zu den eben besprochenen Symptomen gesellen sich noch eine charakteristische Urteilsschwäche und das klassische Symptom des öfter auftretenden Größenwahns (s. am 13. 2., 19. 2., 27. 2., 11. 3., 19. 3., 27. 8., 1. 9.) und die Diagnose: progressive Paralyse erscheint gesichert.

Aber nach halbjähriger Dauer der Anstaltsbehandlung tritt bei dem Patienten eine merkliche Remission ein und neben der somatischen (s. 6. 7.) und psychischen Besserung gibt die serologische Blut- und Liquor-Untersuchung ein unzweifelhaft negatives Resultat (trotz etwas erhöhtem Eiweißgehalt nach Niszl), nachdem die Beurteilung derselben lange Zeit infolge unspezifischer Hemmungen erschwert war, und die Erkrankung war zwanglos als eine solche auf alkoholischer Basis, die der Paralyse sehr ähnlich ist, zu erklären. Diese Erklärung wurde auch durch den weiteren Heilverlauf der Erkrankung gerechtfertigt.

Schluß: Bei der Beobachtung der eben beschriebenen beiden Fälle ist es besonders eigenartig und lehrreich, daß bei genauer Untersuchung und Ueberwachung noch nach monatelanger Dauer die alkoholische Pseudoparalyse nicht genau zu diagnostizieren ist, bis zur serologischen Blut-

und Liquoruntersuchung. Und auch diese kann manchmal noch Zweifel bestehen lassen, wenn bei dem Patienten zufällig eine Lues nachweisbar ist, wie bei Fall I, oder wenn unspezifische Hemmungen auftreten, deren diagnostistischer Wert für das floride Stadium der alkoholischen Pseudoparalyse noch nicht genügend erforscht scheint, und die ja auch nach Ablauf der akuten Form der Psychose schwanden.

Trotzdem waren auch in unsern beiden Fällen die als typisch beschriebenen Symptome der Pseudoparalyse beide Male vorhanden. Jedoch ähnelt eigentlich kein Fall weder in der Anamnese noch in dem weiteren Verlauf einer Korsakowschen Psychose, da sich zu den Korsakowschen Symptomen eine zu tiefgehende Demenz gesellt. Trotzdem hält Bonhoeffer die Pseudoparalysen für Defektzustände nach einer Korsakowschen Psychose, und Kraepelin für zugehörig zu derselben. Jedoch ist selbst der zweite Fall des Hugo G. in seinem Beginn bis zu der Zeit kurz nach seiner Aufnahme höchstens als eine sehr atypische Korsakowsche Psychose anzusehen.

Von Kraepelins Unterscheidungsmerkmalen von der echten Paralyse trafen wir bei unsern Fällen, abgesehen von ihrer Entstehungsgeschichte, ihrem Liquorbefund, und ihrem Verlauf, folgende an: Bei Fall I das Vorherrschen der polyneuritischen Erscheinungen, die bei Fall II fehlten. Ebenso wurde bei Fall I nur die größere geistige Regsamkeit beobachtet. Die einfache alkoholische Verblödung muß als Ausgang der Erkrankung bei Fall I bestritten werden, während bei Fall II eine gewisse Demenz zurückgeblieben ist. Dagegen fiel bei beiden Fällen besonders die „starke Ausprägung der Merkstörung“ auf. Die Heilungstendenz der Pseudoparalyse ist eine nicht schlechte, und auch die Prognose anscheinend nicht ungünstig.

An dieser Stelle sei es mir gestattet, den beiden Herren meinen ergebensten Dank auszusprechen, die in so liebenswürdiger Weise Entstehung und Abschluß meiner Arbeit angeregt und gefördert haben: Herrn Geheimrat Siemens, Direktor der Prov.-Heilanstalt in Lauenburg, der mir gütigst das Material zur Arbeit überlassen und mir mit Rat und Tat zur Seite gestanden hat, und Herrn Geheimrat Prof. Dr. Tuczek, der ungeachtet der vielen Mühe, die sich durch die Kriegszeit und meine Abwesenheit von Marburg ergab, in entgegenkommendster Weise mir den Abschluß der Arbeit und Prüfung ermöglicht und erleichtert hat.

Werner Maßmann.

Literatur-Verzeichnis.

Th. Ziehen, Psychiatrie (1894).

Klewe, Ueber alkoholische Pseudoparalyse (Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 52. 1896.).

K. Bonhoeffer, Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. 1901.

Paul Schroeder, Ueber chronische Alkoholpsychose. 1905. (In Hoche: Sammlung zwangloser Abhandlungen Bd. 6 Heft 2—3).

P. Schroeder, Intoxikationspsychosen. 1912. (In Aschaffenburg: Handbuch der Psychiatrie 3. Abt.)

Kraepelin, Psychiatrie. 1910.

W. Hieronymus, Bd. 26 der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. 1914.

Luther, Zur Kasuistik der Geistesstörungen auf dem Boden des chron. Alkoholismus. (Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 59. 1902).

Lebenslauf.

Ich, *Wilhelm Otto Karl Hugo Werner Maßmann,* wurde als Sohn evangelischer Eltern am 26. August 1888 in Mohrungen, Ostpr., geboren. Mein Vater *Hugo Maßmann,* der dort Amtsrichter war, starb im Jahre 1891. Meine Mutter *Hedwig,* geb. *Liedtke,* schickte mich bis 1901 in die Privat-Knabenschule in Pr. Holland in Ostpreußen, dann kam ich in das Städt. Real-Gymnasium zu Königsberg in Pr., von dem ich Herbst 1908 mit dem Zeugnis der Reife entlassen wurde.

Vom Herbst 1908 bis Herbst 1913 studierte ich in Berlin Medizin, bestand im Mai 1911 das Physikum mit „genügend", und hörte bei Herrn Geh. Ziehen das Kolleg über Psychiatrie.

Im Oktober 1913 meldete ich mich in Königsberg i. Pr. zum Staatsexamen, das ich im Januar 1914 mit „gut" bestand.

Als Medizinalpraktikant fertigte ich meine Dr.-Arbeit in der Provinzial-Heilanstalt Lauenburg i. Pom. an, wo ich vom 1. Februar bis 1. Mai 1914 tätig war. Vom 1. Mai 1914 bis zum 1. Juli 1914 war ich Praktikant im Sanatorium Karlsfeld bei Halle.

Danach war ich bis Anfang August 1914 Praktikant in der Tuberkulose-Heilstätte Hohenlychen, und wurde dann als Arzt dem Sanitätsamt Saarbrücken zugewiesen.

Als solcher arbeite ich bis zum Februar 1915 am Lazarett Hagenau i. Els., kam dann ins Feld, aus dem ich Ende Oktober 1915 krank zurückkehrte.

In einer Zivilpraxis bin ich noch nicht tätig gewesen.

Meine Lehrer beim Studium an der Universität Berlin sind ff. Herren gewesen:

Waldeyer, Hertwig, Rubner, Plate, Fischer, Rubens, Virchow, Schwendener, Gabriel, Stendel, v. Hansemann, His, Bier, Bumm, Ziehen, Lesser, Lewin, Benda, Greef, Heubner, Goldscheider, Passow, Fritz Straßmann, Paul Straßmann, Abelsdorff, Fromme, Flügge, Orth, Joachimstal, Heike, Grabower, Bockenheim, Klapp, Kilian, Westenhöfer.

Werner Massmann
approb. Arzt.